Należytość pocztowa gotówką uiszczona.

Nr 10. Rok LIX.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH ZAGRANICZNYCH, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH MAŁOPOLSKICH

ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCJONALNYCH B. KONGRESÓWKI.

WYCHODZI W POŁOWIE KAŻDEGO MIESIĄCA.

Redakcja: Kraków 9, Płuczki 28. Telefon 3105

Administracja: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie czytelnie, ile możności na maszynie po jednej stronie pisanym, można podać żądaną liczbę **odbitek**, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor; najlepiej jednak zamawiać odbitki wprost w drukarni Uniwersyteckiej (Kraków, ul. Czapskich 4) i przesłać jej na nie z góry zaliczkę.

Przedpłatę przyjmują w **Krakowie** Administracja i Księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w **Warszawie** księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe.

Ogłoszenia przyjmuje Administracja. Cena ogłoszeń: za wiersz petitowy lub jego miejsce Mkp. 5·—, w nadesłanem Mkp. 7·—, w tekscie Mkp. 9·—.

Przedpłata wynosi: rocznie Mkp. 60·—.

Jeden numer osobno kosztuje Mkp. 5·—.

W sprawie nowoczesnych sposobów leczenia wiewióra oczu, a w szczególności leczenia barwikami anilinowymi

podał Doc. Dr T. Kleczkowski.

(Wykład w Towarzystwie lekarskiem krakowskiem d. 28. IV. 1920 r.).

Wydawałoby się, że objawy kliniczne wiewióra oczu noworodków są już zupełnie dobrze znane i że z powodu tego rozpoznanie jest tak łatwe, iż uczynić je mogą zawsze nawet lekarze, nie zajmujący się specjalnie chorobami oczu. Również zdawałoby się, że leczenie wiewióra oczu stoi już na wysokości swego zadania i że zapuszczanie do worka spojówkowego noworodków zaraz po urodzeniu rozczynu azotanu srebra według Credégo[1]) (1881), usuwa prawie całkowicie możność rozwinięcia się choroby. Jednak w rzeczywistości tak nie jest. Co do rozpoznania wiewióra oczu noworodków, to w większości przypadków jest ono słuszne. Używam wyrażenia »słuszne« dlatego, że rozpoznanie nasze może być tylko wtedy bezwzględnie pewne, gdy jest poparte przez badanie bakterjologiczne wydzieliny worka spojówkowego. Same objawy kliniczne, bardzo zresztą charakterystyczne, a ogólnie wszystkim dobrze znane, nie mogą upoważniać do rozpoznania ropotoku spojówki, bez określenia jego przyczyny. Badania ostatnich kilkunastu lat pouczyły, że ropotok spojówki noworodków wywołany być może tak przez dwoinki Neissera, jak również przez inne drobnoustroje, jak dwoinki zapalenia płuc, prątki grypy, prątki okrężnicy i wreszcie przez wtręty śródkomórkowe Halberstädtera i Prowazka, które mają rzekomo według nich być przyczyną jaglicy. Ropotok spojówki, wywołany przez te różne drobnoustroje jest, szczególnie w pierwszych dniach choroby, tak podobny do ropotoku wiewiórowego, że tylko badanie bakterjologiczne może w każdym poszczególnym przypadku ustalić nasze rozpoznanie.

Wiadomości te mają ogromne znaczenie nietylko z punktu widzenia teoretycznego, ale również ściśle praktycznego, a mianowicie ze względu na rokowanie i rodzaj leczenia, który inny powinien być i musi być przy wiewiórze spojówki, inny zaś przy ropotokach powstałych na innem tle. Z tego wynika ogólnie w medycynie znana prawda, że rzeczywiście celowe i skuteczne leczenie przeprowadzić możemy dopiero po dokładnem rozpoznaniu tła choroby.

Sposób leczenia ropotoku spojówki noworodków, wywołanego dwoinkami Neissera, pokrywa się mniejwięcej z rodzajem postępowania naszego zapobiegawczego, które właściwie też niczem innem nie jest, jak tylko dążeniem do usunięcia dwoinek z worka spojówkowego noworodka. Jeżeli przejdziemy historycznie sposoby leczenia ropotoku wiewiórowego spojówki noworodków, to przekonamy się, że pierwotnym sposobem leczenia było mechaniczne usuwanie drobnoustrojów z worka spojówkowego przez możliwie najczęstsze wypłukiwanie worka spojówkowego płynami obojętnymi, lub rozczynami przeciwgnilnie działającymi. Przyznać musimy, że ten pierwszy okres w rozwoju naszego lecznictwa, który nazwać można okresem mechanicznego usuwania przyczyny choroby, mimo znacznego postępu ostatnich lat dotrwał do dnia dzisiejszego, albowiem dzisiaj jeszcze, obok innego postępowania leczniczego, polecamy jaknajczęstsze wypłukiwanie worka spojówkowego.

Drugi okres rozwoju lecznictwa wiewióra spojówki rozpoczyna się z r. 1881, a mianowicie z chwilą odkrycia Credégo (l. c.), stwierdzającego, że dwuprocentowy rozczyn azotanu srebra zabija dwoinki Neissera. Od czasu Credégo aż do dnia dzisiejszego używamy rozczynu azotanu srebra, jako środka bakterjobójczo działającego, a mianowicie, jako środka zapobiegawczego i jako środka leczniczego w późniejszych okresach wiewióra spojówki noworodków. W pierwszych okresach choroby azotan srebra jest przeciwwskazany, a mianowicie ze względu na to, że zbyt drażni spojówkę, już i tak przez zakażenie znacznie przekrwioną i obrzękłą. Wprowadzenie przez Credégo azotanu srebra, jako środka zapobiegawczego i leczniczego, należy bezwzględnie uważać za wielki postęp w lecznictwie wiewióra oczu noworodków. Skutki tego sposobu leczenia okazały się bardzo szybko, a najlepszym tego dowodem było zmniejszenie się natychmiastowe liczby przypadków zakażenia spojówki dwoinkami Neissera z mniej więcej 10% zakażeń (w stosunku do liczby noworodków), na niecały 1% (Saemisch[2]). Również w tych przypadkach, w których pomimo zapobiegawczego zakroplenia azotanu srebra do worka spojówkowego wybuchła choroba oka, azotan srebra jest dobrym środkiem leczniczym. Ale i metodzie Credégo można uczynić pewne zarzuty, a mianowicie następujące. Jako środek zapobiegawczy w rozczynie 2% azotan srebra może w pewnych przypadkach wywołać zapalenie spojówki natury czysto chemicznej i przez to usposobić spojówkę do łatwiejszego zakażenia dwoinkami. Dlatego też jeszcze sam Credé polecał używanie 1% rozczynu azotanu srebra, który naturalnie mniej drażni spojówkę. Drugi zarzut jest znacznie poważniejszy, a odnosi się do leczenia wiewióra spojówki już rozwiniętego. Ażeby zdać sobie dokładnie sprawę ze słuszności zarzutów, stawianych jakiemuś środkowi leczniczemu, stosowanemu do worka spojówkowego, musimy wiedzieć, czego od tego środka musimy wymagać. Wymagania musimy postawić następujące. Przedewszystkiem środek leczniczy musi działać silnie bakterjobójczo na dwoinki Neissera i w następstwie tego musi jaknajwybitniej skracać czas trwania choroby. Ten warunek środka leczniczego ma przy wiewiórze spojówki noworodków nadzwyczaj duże znaczenie, a mianowicie z następującego powodu. Wiemy z doświadczenia klinicznego, że groźność wiewióra oczu noworodków polega na występowaniu w czasie choroby powikłań ze strony rogówki w postaci wrzodów rogówki, które następowo wywołują mniejsze lub większe upośledzenie, a nawet utratę bystrości wzroku. Powikłania te spostrzegamy tem częściej, im czas choroby spojówki jest dłuższy. Wobec tego dążyć musimy do jaknajszybszego wyleczenia spojówki. Tego nie możemy uzyskać, lecząc wiewióra azotanem srebra, albowiem przekonujemy się, że pomimo leczenia choroba przeciąga się przez 3—6 tygodni i w czasie tego występują stosunkowo często powikłania ze strony rogówki, jako wyraz zadziałania na nią jadów dwoinek, a potem i innych ropotwórczych drobnoustrojów. Drugim warunkiem dobroci środka leczniczego, stosowanego do worka spojówkowego, musi być to, żeby ten środek jaknajmniej zadrażniał tkankę spojówkową oka. Tego warunku również azotan srebra nie posiada i dlatego też starano się zastępować azotan srebra innemi przetworami srebrowymi, o których jednak w większości przypadków przekonano się, że aczkolwiek mniej drażnią spojówkę od azotanu srebra, nie dorównują mu jednak w bakterjobójczości. Wyjątek pod tym względem zdaje się stanowić itrol, który jest połączeniem srebrowem (argentum citricum), a który wypróbowany został i uznany za środek leczniczy, wybitnie skracający czas trwania choroby, przez Engelhardta, Mergla, Ceroviceka, Arlta i Rosenhaucha[3]).

Rozpoczęto jednak poszukiwać innych środków, jeszcze silniej bakterjobójczo działających, a mianowicie postanowiono leczyć wiewióra oczu noworodków swoiście. Jest to trzeci okres rozwoju naszego lecznictwa wiewióra oczu noworodków. Przedewszystkiem, w myśl teorji Wrighta, starano się leczyć przez wywołanie odporności czynnej wstrzykiwaniami szczepionek. Szczepionki do wstrzykiwań można otrzymać w handlu jako gotowe do użycia pod nazwą dmegon z Paryża, lub arthigon z Berlina. Jednak leczenie szczepionkami napotyka na pewne trudności, a mianowicie dlatego, że z powodu różnic pomiędzy szczepami dwoinek odczyn szczepienia jest nie zawsze jednakowy i z tego też powodu właściwą dawkę trzeba dopiero wypróbować. Dotychczasowe wyniki dowiodły (Weeks[4]), że leczenie szczepionkami może być skuteczne przy przewlekłych zakażeniach oka dwoinkami (iritis i uveitis metastatica), a ostry wiewiór spojówki więcej się opiera tego rodzaju leczeniu. Znacznie lepsze wyniki otrzymano przy wstrzykiwaniu szczepionek w dawce, zawierającej większą ilość drobnoustrojów, a mianowicie 125—800 milionów w 1 cm^3 [Allen[5]), Schily[6]), Garbunow[7]), Mizuo[8])], lub szczepionek t. zw. uczulonych surowicą dorosłych chorych na wiewióra, lub surowicą matki noworodka. Leczenie trwało wtedy parę dni. Podobnie pomyślne wyniki otrzymali Roche[9]), Cuenod i Penel[10]) z szczepionkami dwoinek w połączeniu z gramododatniemi synkokkami. Wiewióra spojówki noworodków wyleczono przy tym sposobie leczenia w przeciągu paru dni. Również w krakowskiej klinice okulistycznej stosowaliśmy leczenie szczepionkami (dmegon) w r. 1913 i na kilkunastu przypadkach przekonaliśmy się, że zazwyczaj 2—3 wstrzyknięć, śródmięśniowo wykonanych co drugi dzień, wiedzie mniejwięcej do wyleczenia.

Aczkolwiek dotychczas z powodu zbyt nielicznych badań nie można wypowiedzieć ostatniego zdania, to jednak wydaje się, że leczenie szczepionkami, i to zapomocą dużych dawek, szybko wiedzie do celu i przewyższa dotychczasowe sposoby leczenia. Nie można tego powiedzieć o leczeniu wiewióra oczu przez wytwarzanie biernej odporności, a więc przez wstrzykiwanie surowicy gonokokkowej [Weeks[11], Colombo[12])]. Pomijając już to, że leczenie surowicą było zazwyczaj (Colombo) łączone z leczeniem miejscowem azotanem srebra, czas trwania choroby wynosił około 3 tygodni, a więc w porównaniu ze szczepionkami dosyć długo. Wreszcie należy wspomnieć o pierwszej zaledwie próbie tak nazwanej heterobakterjoterapji, wprowadzonej do le-

czenia wiewióra spojówki noworodków w r. 1917 przez Szilyégo [13]) i Sternberga [14]). Myśl leczenia chorób zakaźnych nieswoistemi szczepionkami w ostatnim czasie poruszył ponownie Kraus [15]) i przekonał się, że rzeczywiście wstrzykiwanie szczepionek prątka okrężnicy wywiera leczniczy wpływ na przebieg posocznicy i duru brzusznego. Szily przez wstrzykiwanie świeżych szczepionek tyfusowych uzyskał w 14 przypadkach wiewióra spojówki noworodków tego rodzaju wynik, że już po 48 godzinach spojówka nie wydzielała ropy, a w worku spojówkowym nie można było wykazać dwoinek. Potem wiewiór spojówki przechodził, jak się autor wyraża, w postać przewlekłego poronnego nieżytu. Prócz Szilyégo, dotychczas żaden z autorów nie podjął leczenia w myśl zasady heterobakterjoterapji, wobec tego o skuteczności tego rodzaju leczenia nie można dotychczas wydać ostatecznego sądu. Więcej autorów zajęło się leczeniem wiewióra spojówki noworodków w myśl zasady leczenia paraspecyficznego, wstrzykiwaniami śródmięśniowo mleka, podanego dla leczenia chorób zakaźnych, a szczególnie duru brzusznego i wiewióra, w r. 1916 przez Saxlego [16]) i Müllera [17]).

Z dotychczasowych mniej lub więcej szczęśliwych prób leczenia wiewióra spojówki noworodków wynika, że aczkolwiek one wszystkie są dużem wzbogaceniem naszych wiadomości, to jednak nawet najlepsze z nich wymagają jeszcze dalszych badań, opartych na większym niż dotąd materjale klinicznym.

Jednakże równocześnie z powyższemi badaniami rozpoczęto systematyczne badania nad bakterjobójczością barwików anilinowych względem różnych drobnoustrojów, a między innymi i względem gonokokków. Na szczególną uwagę zasługują tu, na dużym materjale oparte badania pracowniane z r. 1912 i 1916 Eisenberga [18]) i z roku 1914 Römera, Gebba i Löhleina [19]). Z badań Eisenberga okazało się, że barwiki anilinowe znacznie wybitniej bakterjobójczo działają na drobnoustroje, barwiące się sposobem Grama dodatnio, aniżeli na bakterje gramoujemne, zaś Römer, Gebb i Löhlein wykonali bardzo żmudne badania nad bakterjobójczością rozczynów barwików anilinowych względem najczęściej w patologji oczu spotykanych drobnoustrojów, a więc między innymi względem dwoinek Neissera. Wyniki badań powyższych autorów zasługują, zdaniem mojem, na zainteresowanie nietylko z punktu widzenia teoretycznego. Sądzę, że należałoby je wyzyskać do celów leczniczych, a mianowicie głównie do leczenia wiewióra oczu.

Próby leczenia chorób zakaźnych oka rozczynami barwików datują się od odkrycia Weigerta w r. 1875, który stwierdził, że można barwić drobnoustroje różnymi barwikami. Natychmiast po odkryciu tem musiało wyłonić się pytanie, jaki wpływ wywierają barwiki na żywe komórki. Już pierwsi badacze, jak Pfeiffer na komórkach roślinnych i Cornil na drobnoustrojach przekonali się, że stopień zabarwienia się komórek żywych barwikami zależy od stopnia nasycenia rozczynów barwikowych, użytych do zabarwienia. Równocześnie stwierdzono, że w miarę coraz silniejszego zabarwienia komórek, stają się one niezdolne najpierw do rozmnażania się, a potem nawet do życia. Badania tego rodzaju wykonane głównie przez Behringa [20]), wykazały następnie, że baterjobójczość barwików względem drobnoustrojów jest różna, a zależy często od szczególnej wrażliwości danego drobnoustroju na pewien barwik, aczkolwiek znowu pewne barwiki zasadniczo silniej wogóle działają bakterjobójczo, aniżeli inne.

Bakterjobójcze działanie barwików stało się dla kliniki dopiero wtedy rzeczywiście ważne, kiedy przekonano się, że barwiki w pewnem rozcieńczeniu nie są dla tkanek ustroju szkodliwe [Weyl [21])]. Pierwsze kliniczne doświadczenia z leczeniem błonicy spojówki, wykonane [przez Carla [22])] rozczynami fuchsyny, błękitu metylenowego i fioletu goryczkowego, nie dały pomyślnych wyników. Systematycznie leczeniem barwikami chorób oka, wywołanych przez drobnoustroje, zajął się Stilling [23]) w r. 1890. Autor ten najpierw przekonał się »in vitro«, że najsilniej bakterjobójczo działają »pewne fiolety metylowe« i auraminy. Pierwsze z nich nazwał Stilling od barwy barwika i jego właściwości bakterjobójczej »pyoctaninum coeruleum«, drugie zaś »pyoctaninum aureum«. Jednym z pierwszych, który potwierdził pomyślne wyniki Stillinga leczenia pyoktaniną wrzodów rogówki, szczególniej ropnych był Wicherkiewicz [24]). I tak przez szereg lat używano pyoktaniny z dobrym skutkiem w okulistyce w różnych ropnych schorzeniach oka, jedynie tylko wiewiór spojówki był przedmiotem nielicznych badań, najprawdopodobniej dlatego, że wyniki leczenia wiewióra, otrzymane przez Wanschera [25]), nie zachęciły innych do prób, ponieważ coraz bardziej zaczęły się mnożyć zdania o bezskuteczności pyoktaniny w okulistyce wogóle, a nawet o pewnej szkodliwości tego barwika dla oka, z powodu, że czasem zbyt drażni. Najprawdopodobniej różnice w wynikach leczniczych barwikami w chorobach zakaźnych oka, a ujemne wyniki w leczeniu wiewióra oczu noworodków są następstwem nieodpowiedniego, względnie nieodpowiednio zgęszczonego rozczynu użytego barwika, a nie dowodzą jeszcze bezskuteczności tego rodzaju chemoterapji w okulistyce. Tak rozumował Römer i postanowił chemoterapji okulistycznej albo dać silne podstawy, wynikające z badań wykonanych w pracowni, albo przekonać się bezwzględnie o braku podstaw, któreby uprawniały nas do leczenia barwikami chorób oka. Römer przeprowadził badania w pracowni nad bakterjobójczością 58 barwików anilinowych »in vitro« i nad ich działaniem na prawidłowe oko ludzkie i zwierząt. Przedewszystkiem postanowił się przekonać, czy barwiki anilinowe działają hamująco na rozwój drobnoustrojów i następnie, czy działają na pewne drobnoustroje. I tak, chinolina, zieleń jodowa i rubin bardzo wybitnie zahamowują rozwój dwoinek, a n. p. safranina tego wpływu nie posiada. Bakterjobójczo najsilniej działają na dwoinki Neissera zieleń brylantowa, fiolet goryczkowy, fiolet Hofmanna, zieleń jodowa, zieleń malachitowa, błękit metylenowy i fiolet metylowy. Aczkolwiek Römer przekonał się o zupełnie wybitnej swoistości co do bakterjobójczości poszczególnych barwików, to jednakowoż stwierdził zarazem, że bakterjobójczość względem danego rodzaju drobnoustrojów waha się w stosunku do różnych jego szczepów w pewnych granicach. Odkrycie to ma ważne znaczenie praktyczne, tłómaczy bowiem, dlaczego w jednym przypadku jeden i tensam barwik może dobrze leczniczo działać, a w drugim takim samym przypadku nie. Ażeby więc uzyskać płyn barwikowy, którego działalność lecznicza byłaby mniejwięcej stała w każdym przypadku chorobowym, sporządził Römer mieszanki rozczynów barwików, najsilniej bakterjobójczo działających na dany drobnoustrój. Słuszność tego rozumowania teoretycznego potwierdził Römer doświadczeniem »in vitro« i przekonał się, że mieszanka barwikowa względem różnych szczepów tego samego drobnoustroju stalej i pewniej działa, aniżeli każdy z barwików tej mieszanki z osobna. Najbardziej bakterjobójczo działająca mieszanka barwikowa przeciwwiewiórowa składa się z równych części następujących rozczynów: zieleń brylantowa 1:5000, zieleń jodowa 1:400, zieleń malachitowa 1:660, fiolet goryczkowy 1:200, fiolet Hofmanna 1:200, fiolet metylowy 1:200 i błękit metylenowy 1:100.

Bardzo rozległe badania laboratoryjne Römera, jak z tego krótkiego zestawienia widzimy, mają duże znaczenie, jednak o ich wartości praktycznej przekonać nas może dopiero doświadczenie kliniczne. Sam Römer, przekonawszy się o tem, że mieszanka przeciwwiewiórowa, zapuszczona do worka spojówkowego, zupełnie go nie drażni, zastosował ją jednak tylko w czterech przypadkach wiewióra oczu noworodków. Z tych czterech przypadków właściwie tylko dwa mogą służyć do wniosków, albowiem w dwóch innych oprócz mieszanki barwikowej, zapuszczanej do worka spojówkowego dwa razy dziennie, stosowano również azotan srebra. W przypadkach leczonych tylko mieszanką barwikową (zakroplenie dwa razy dziennie), wiewiór oka całkowicie wyleczony został w przeciągu pięciu dni.

Poza tymi dwoma przypadkami, podanymi przez Römera, nie spotykałem się w piśmiennictwie z innemi próbami klinicznemi leczenia wiewióra oka barwikami anilinowymi. Z powodu tego, jak również ponieważ wyniki badań laboratoryjnych Römera bardzo, zdaniem mojem, zachęcają do prób klinicznych, postanowiłem mieszanki barwików anilinowych zastosować na materjale krakowskiej kliniki okulistycznej. Leczono 10 przypadków wiewióra u noworodków i 26 przypadków u ludzi dorosłych. Mieszankę barwikową stosowałem dwa razy dziennie w następujący sposób. Po zakropleniu do oka kokainy 2%, ażeby manipulacja nie sprawiała niepotrzebnego bólu, wypłukiwałem doszczętnie wszystką, zazwyczaj bardzo obfitą ropną wydzielinę i po założeniu rozwórek Desmaresa unosiłem obie powieki nieco ku górze i wypełniałem cały worek spojówkowy mieszanką barwikową, kąpiąc w ten sposób worek spojówkowy przez 1—2 minut.

Nie będę przytaczać wszystkich historyj chorób chociażby dlatego, że przebieg ich wszystkich był bardzo podobny. Nadmienić muszę, że z 10 przypadków wiewióra oczu u noworodków, jeden był powikłany ubytkiem położonym w środku rogówki. Wrzód rogówki powstał jeszcze przed rozpoczęciem naszego leczenia. We wszystkich dziewięciu przypadkach niepowikłanego wiewióra spojówki noworodków już na drugi dzień zupełnie nie było wydzieliny ropnej, a jedynie zapisano w historji choroby, że powieki są tylko nieco sklejone zeschniętą wydzieliną nieżytową. Całkowite wyleczenie uzyskiwałem zawsze

w przeciągu 4—6 dni. W przypadku z wrzodem rogówki ropotok ustąpił w przeciągu 4 dni, a wrzód się zagoił, pozostawiając małą plamkę rogówkową, w przeciągu następnych 10 dni.

Mniej pomyślne wyniki otrzymałem w leczeniu wiewióra oczu u ludzi dorosłych. Składały się na to dwie przyczyny. Pierwszą z nich jest to, że materjał mój składał się przeważnie z żołnierzy armji austrjackiej, którzy, jak wiadomo, zachowaniem swojem starali się często zmniejszyć dobre wyniki naszego leczenia. Druga przyczyna jest taka, że u dorosłych ludzi stosunkowo rzadko spotykałem się z czystemi postaciami wiewióra, bo zazwyczaj w wydzielinie worka spojówkowego znajdowały się prócz dwoinek wiewiórowych, również często dwoinki zapalenia płuc, paciorkowce i gronkowce. Wszystkie te przypadki zakażenia mieszanego, które również powikłane były z wrzodami rogówki, zupełnie się opierały leczeniu mieszanką barwikową. Przypadki czystego wiewióra spojówki ludzi dorosłych leczyły się bardzo dobrze, a czas trwania choroby wynosił 10—14 dni.

Z tego krótkiego zestawienia widzimy, że lecznictwo nasze wiewióra oka noworodków zyskało w mieszance barwików anilinowych środek, przewyższający wszystkie dotychczasowe wypróbowane sposoby leczenia i że środek ten zawodzi tylko w przypadkach zakażenia mieszanego. Obecnie najprawdopodobniej wkraczamy w czwarty okres rozwoju lecznictwa wiewióra oka. Przypuszczać należy, że okres ten będzie okresem trjumfu chemoterapji wiewióra oczu.

Literatura: 1) Credé: Arch. f. Gyn. T. XVII i XVIII 1881, T. XXI, 1883. — 2) Saemisch: Handb. d. ges. Aghd. T. V, 1904. — 3) Rosenhauch: Przegl. lek. 1918. — 4) Weeks: Zeits. f. Aghk. XXII, 1909. i Sect. on Ophth. Americ. Med. Assoc. Ophth. Record. 1910. — 5) Allen: Practitioner. T. 80, 1908. — 6) v. Szily: Berl. kl. W. 24, 1914. — 7) Garbunow: wedł. Szilyego. — 8) Mizuo: Klin. M. f. Aghd. XLIX, 1911. — 9) Roche: La clin. ophth. XX. 1914. — 10) Cuenod i Penel: ibidem 1913.— 11) Weeks: Zeits. f. Aghd. XXII, 1909. — 12) Colombo: Klin. M. f. Aghd. L. 1912. — 13) Szily: Sitzungsber. d. k. ung. Arztever. in Pest. 1915. — 14) v. Szily i Sternberg: M. m. W. 4, 1917.— 15) Kraus: W. kl. W. 2, 1915. — 16) Saxl: W. kl. W. 7, 1916.— 17) Müller i Tanner: Med. Klin. 43, 1916. b) Müller i Weiss: W. kl. W. 9, 1916. c) Müller: W. kl. W. 27, 1916. — 18) Eisenberg: Zentr. f. Bakt. I. A. Or. LXXI, 1912. Militärarzt, 25, 1916.— 19) Römer, Gebb, Löhlein: Arch. f. Ophth. LXXXVII, 1914. — 20) Behring: Zeits. f. Hyg. 1889—1890. — 21) Weyl: Zeits. f. Hyg. 1889. — 22) Carl: Fortschr. f. Med. 1890. — 23) Stilling: a) Arch. f. exp. Path. u. Pharm. 1890. b) Berl. kl. W. 1890. c) W. kl. W. 1891. — 24) Wicherkiewicz: Ber. d. ophth. Ges. Heidelberg, 1903. — 25) Wanscher: Therap. Monatsbl. 1891.

Kilka uwag o walce z zimnicą

podał¹)

Dr Tadeusz Tempka.

Do licznego szeregu chorób, które dzięki wojnie światowej wystąpiły w niewidzianych dotychczas rozmiarach, należy zimnica; z frontów europejskich grasowała ona najbardziej na bałkańskim i włoskim. Pracując przez rok w austrjackich szpitalach polowych w Albanii, miałem sposobność przypatrzyć się zbliska walce z zimnicą i zamiarem moim jest właśnie przedstawić tu przebieg tej walki i warunki, jakie na nią wpływały.

Podobnie jak w szeregu krajów południowej Europy, tak samo i ludność Albanii jest dziesiątkowana przez nagminnie panującą zimnicę; cały ten kraj z licznemi bagnami jest niejako wielką hodowlą poczwarek widlisza (anopheles). Nieliczne okolice, wolne dotychczas od tej choroby, zostały przez nią nawiedzone z chwilą masowych ruchów wojsk, już to dlatego, że chorzy na zimnicę dochodzili do okolic wolnych od zimnicy, a nie brakujący tam prawie nigdzie widlisz prowadził swe dzieło dalej, już też dlatego, że komary dostawały się do miejsc, gdzie ich przedtem nie było (n. p. przez zawleczenie ze zwierzętami jucznemi na stanowiska górskie).

Pierwsze liczniejsze przypadki zimnicy zaczęły się pojawiać wśród armji w maju; była to trzeciaczka. W lipcu, sierpniu, wrześniu i październiku występowała prawie wyłącznie zimnica podzwrotnikowa, przyczem bardzo częste było zakażenie mieszane obu temi postaciami. Czwartaczka natomiast, tak samoistnie, jak i jako zakażenie mieszane, była bardzo rzadka.

¹) Na podstawie spostrzeżeń poczynionych w r. 1918 w austrjackich szpitalach polowych w Beracie i Durazzo.

Jeżeli się zważy, że co najmniej 90% osób z armji okupacyjnej zapadało na zimnicę, jeśli się uwzględni bardzo silną epidemję czerwonki i mniejsze epidemje duru powrotnego, osutkowego, brzusznego i gorączki Pappataci, rozpaczliwy stan środków komunikacyjnych i niekorzystne warunki klimatyczne, to łatwo pojąć, że walka z zimnicą była w tych warunkach zadaniem nader mozolnem.

W walce tej brali udział oczywiście wszyscy lekarze wojskowi; ponadto utworzono jednak osobną instytucję, której zadaniem było przeprowadzanie i czuwanie nad wszystkiemi zarządzeniami, związanemi z walką przeciw zimnicy, mianowicie tak zwane inspektoraty dla zwalczania zimnicy. Na czele inspektoratu stał lekarz-bakterjolog, sztab pomocniczy tworzyli lekarze, medycy i aptekarz, a nadto był dodany oddział robotniczy dla uskuteczniania robót odnoszących się do zwalczania zimnicy. Inspektorat posiadał pracownię dla badań mikroskopowych i skład siatek, służących tak do ochrony mieszkań, jak i jednostek przed widliszami. Cała Albania została podzielona na szereg okręgów, które podlegały takim inspektoratom; w miarę potrzeby wysyłały one rodzaj filij w dalsze okolice. Inspektoraty były zależne oczywiście od szefa sanitarnego korpusu.

Jednym z najważniejszych czynników przy zwalczaniu chorób zakaźnych jest zapobieganie. Zważywszy, że przed wstąpieniem na teren albański wojska austrjackie były zupełnie wolne od zimnicy (nieliczne wyjątki, jakie zapewne były, nie miały znaczenia), to, teoretycznie rzecz biorąc, pierwszem zadaniem było tłumienie już istniejącej zimnicy w Albanji, a więc tępienie komarów, z drugiej zaś strony leczenie ludności miejscowej, aby jak najbardziej zmniejszyć liczbę roznosicieli pasorzytów zimniczych. Oba te zadania były oczywiście nie do wykonania, tak ze względu na ciężkie warunki, w jakich się posuwała pierwsza linja bojowa, jak i ze względu na wrogie zachowanie się ludności wobec każdego obcego przybysza.

Wskutek tego nie pozostawało nic innego, jak oprzeć zwalczanie zimnicy na jej zapobieganiu i tłumieniu pośród samychże wojsk.

Zapobieganie było natury mechanicznej i swoistej. Mechaniczne miało na celu urządzenia, wiodące z jednej strony do niszczenia komarów i utrudniania ich rozmnażania się, z drugiej zaś ograniczające jak najbardziej możność kłucia ludzi przez komary. Wiodące do pierwszego celu osuszanie niezliczonych moczarów i bagien, względnie zlewanie ich powierzchni saprolem, lub naftą i usuwanie niskich krzewów przybrzeżnych byłoby nawet w czasach pokoju zadaniem, rozkładającem się na szeregi lat; wobec stosunków wojennych, braku sił roboczych, utrudnionego dowozu i ogromnej ilości środków potrzebnych do tego celu, była ta część zapobiegania, przynajmniej w szerszym zakresie, niewykonalna. Celem tępienia komarów, chroniących się w porze zimowej do mieszkań, nie przedsięwzięto niczego (n. p. wykadzania, rozpylania pewnych środków), jednakże nie miałoby to wielkiego znaczenia, gdyż w zimie była ilość nowych zakażeń niewielka.

Wskutek tego głównym punktem zapobiegania mechanicznego pozostało chronienie się przed kłuciem komarów; wydano więc rozkazy, aby o ile możności nie opuszczać mieszkań z nastaniem zmierzchu, a obozować na wzgórzach i zdala od wód stojących. Okna, drzwi i kominy domów osłaniano gęstemi siatkami (sporządzanemi przeważnie z papieru, lecz dostatecznie wytrzymałemi), a nadto i łóżka dostawały osobne zasłony ze siatek. Bardzo ważnym szczegółem w ochronie mieszkań przed moskitami było zaprowadzenie t. zw. przestrzeni Celliego, to znaczy rodzaju przedpokojów, oddzielających wnętrze mieszkania od świata zewnętrznego, stanowiących więc rodzaj filtrów przeciw komarom. Do niszczenia komarów, które wtargnęły do przestrzeni Celliego, jak i tych, które mimo tych przestrzeni dostawały się do wnętrza, służyły dwie ręczne sikawki, rozpylające pyrolinę. Wielkie trudności sprawiało zaopatrzenie siatkami namiotów i właściwie nie było wcale stosowane. Jednostki chroniły się przed ukłuciem komarów zapomocą siatek na głowę, mających druciane rusztowanie, napinające siatkę w odległości kilku centymetrów od skóry; siatki były płasko składane, tak, że można je było bez trudności ze sobą nosić. Dla ochrony rąk służyły rękawiczki z gęstego materjału, sięgające wysoko na przedramię. Stosowanie tych środków z nastaniem zmierzchu przez wszystkie osoby podlegało surowemu nakazowi i odnosiło się oczywiście nietylko do jednostek, lecz i do całych oddziałów, zwłaszcza transportów chorych na całym obszarze Albanji. Nacierania skóry środkami odstraszającemi widlisze nie stosowano wcale, raz dlatego, że głodne widlisze tem się nie zrażają, a nadto, że byłoby trzeba do tego celu ogromnej ilości tych środków

Swoiste zapobieganie zimnicy polegało na zapobiegawczem zażywaniu chininy; miało ono na celu jużto uniemożliwienie zagnieżdżenia się pasorzytów zimniczych we krwi, do czego służyło codzienne doprowadzanie chininy do ustroju, jużto stłumienie ich rozwoju w ustroju przed ujawnieniem się pełnych objawów klinicznych, a więc jeszcze w okresie utajenia. Codzienne zapobiegawcze używanie chininy ma dwie ujemne strony: 1) osoby, które źle znoszą działanie chininy, są codziennie wystawione na szereg przykrych, powszechnie znanych objawów, z jej zażywaniem związanych; 2) niewielkie stosunkowo dzienne dawki 0·2—0·3 gr., które w Albanji ze względu na wielką złośliwość zakażeń zimniczych podniesiono do 0·5 gr., mogą według niektórych wywierać, zwłaszcza na pasorzyta zimnicy podzwrotnikowej, raczej wpływ drażniący, niż hamujący. Mimo to codzienna profilaktyka została zaprowadzona dla wszystkich z wyjątkiem oficerów. Rozstrzygającą była ta okoliczność, że żołnierz prosty, przeważnie nieinteligentny, łatwoby zapomniał o »dniach chininowych« profilaktyki przerywanej i robił dowolne przerwy, coby zupełnie mijało się z celem; tak zaś musiał codziennie przed wieczerzą zażyć w obecności oficera lub podoficera dwie pastylki à 0·25 gr. Dla oficerów wprowadzono profilaktykę przerywaną; uwzględniając, że średni okres utajenia trzeciaczki wynosi 11, czwartaczki 14, a zimnicy złośliwej 6 dni, to jasną jest rzeczą, że przerwa w zażywaniu chininy musi być mniejsza, niż najkrótszy okres utajenia. Nadto drugim warunkiem jest wysokość dawki; ponieważ celem profilaktyki przerywanej jest zniszczyć we krwi już rozwijające się pasorzyty, więc dawka jej powinna mieć działanie lecznicze, czyli, że ma wynosić conajmniej jeden gram na dzień. Schemat był następujący: środa i sobota każdego tygodnia 1 gram, niedziela zaś 0·5 gr.; te pół grama zostało dodane dlatego, że przerwa od soboty do środy byłaby o jeden dzień dłuższa, niż od środy do soboty. Szereg lekarzy używał nieco innego, bardzo prostego sposobu, mianowicie stosował 1 gram dziennie z dwudniową przerwą bez względu na dni tygodnia. Profilaktyka przerywana miała tedy w stosunku do codziennej dwie korzyści: 1) dni wolne od chininy, 2) dawka 1 grama była już dawką leczniczą. Do sprawdzania, czy dane osoby rzeczywiście zażywają chininę, służyło badanie moczu co do obecności chininy zapomocą odczynnika Giemsy (sublimat + KJ.). Spostrzeżenia moje nad sobą samym i szeregiem innych osób, które pierwszy raz przeprowadzały profilaktykę chininową, pokazały, że ustrój bardzo szybko potęguje swe zdolności wydalania, względnie rozkładania chininy; gdy bowiem po pierwszych dawkach jednogramowych jeszcze na trzeci dzień był wyraźny odczyn w moczu, to po dalszych utrzymywał się tylko do drugiego dnia, aż wreszcie już rano następnego dnia był ujemny. Fakt ten należało uwzględnić przy posługiwaniu się odczynem, jako kontrolą, z drugiej zaś strony ilustrował on niedostateczność profilaktyki, polegającej na małych dawkach, względnie dużych przerwach. Zapobiegawcze zażywanie chininy było obowiązkowe od maja do końca października. Osoby, które chwilowo lub na stałe opuszczały Albanję, powinny były jeszcze co najmniej przez dwa miesiące po opuszczeniu jej granic stosować profilaktykę, a to ze względu na możliwość późnego pojawienia się napadu zimnicy. Dla osób, które w okresie zimnicy przybywały do Albanji, rozpoczynała się obowiązkowo profilaktyka już w Bocche di Cattaro.

Do zarządzeń zapobiegawczych, mających na celu ochronę reszty ludności przed zimnicą, należało zaliczyć jeszcze rozkazy, mocą których tak jednostki, jak i całe oddziały, opuszczające Albanję, musiały się poddawać badaniom mikroskopowym co do obecności pasorzytów zimniczych we krwi i w razie dodatnim były zatrzymywane. Rozporządzenie to jednak obowiązywało tylko pewien czas; na jego podstawie nie możnaby było właściwie nikogo wypuścić z granic Albanji.

Chcąc ocenić skutki tej profilaktyki mechanicznej i swoistej, trzeba naprzód zastanowić się, czy była ona należycie przeprowadzona; odpowiedź trzeba dać przeczącą. Po pierwsze najważniejszy punkt profilaktyki, to znaczy tępienie widliszów, było, jak już wspomniałem, mimo najlepszych nawet zamiarów, tylko w bardzo skromnych granicach możliwe. Zabezpieczenie mieszkań siatkami było często spóźnione lub niedostateczne [2]). Co się tyczy używania siatek na głowę i rękawiczek, to muszę stwierdzić, że stosowała je tylko mniejszość; główną przyczyną tego była duszna, gorąca atmosfera, wskutek czego noszenie siatek i rękawiczek było bardzo przykre, a nadto utrudniało widzenie. Także i profilaktykę chininową przeprowadzał cały szereg osób niedokładnie lub nawet całkiem jej nie stosował, jużto nie zdając sobie sprawy z jej ważności, jużto powodowany jakiemś uprzedzeniem. Przypuściwszy jednak nawet, że wszystkie te zarządzenia byłyby przez wszystkich jak najdokładniej wykonane, to przecież zaszły okoliczności, które całe zapobieganie obróciły w niwecz, mianowicie odwrót z początkiem lipca 1918 r. z południowej części, a wkrótce potem i z reszty kraju. Ten odwrót odbywał się w czasie od lipca do października, a więc w okresie najsilniejszej zimnicy. W takich warunkach, gdzie tysiące spały pod gołem niebem, nie było oczywiście mowy o zapobieganiu mechanicznem, a trudno też było wymagać od znękanego i głodnego żołnierza, aby pamiętał o zażywaniu chininy. Dlatego też ocena wartości profilaktyki swoistej (co do wartości dokładnie przeprowadzonej profilaktyki mechanicznej niema oczywiście dwu zdań) jest na podstawie stosunków albańskich bardzo trudna, względnie nawet niemożliwa. Z nielicznych wyjątków, gdzie osoby nie stosujące żadnej profilaktyki, a pokłute przez komary, na zimnicę nie zapadały, nie można wysnuwać ogólnych wniosków, zwłaszcza, że nie każdy widlisz ma być zakażony. Na sobie i kilku znajomych stwierdziłem wielką wartość regularnie przeprowadzonej profilaktyki chininowej; podczas odwrotu nie używałem ani siatki, ani rękawiczek i zostałem szereg razy dotkliwie pokłuty; przez cały okres zimnicy zażywałem jeden gram chininy dziennie z dwudniową przerwą i na zimnicę nie zapadłem. Oczywiście i tych przypadków nie można uogólniać.

Według zdania takich powag w zakresie znawstwa zimnicy, jak Ruge, Nocht, Plehn, Ziehmann, nawet najenergiczniejsza i najdokładniejsza profilaktyka chininowa przeważnie nie zdoła uchronić przed zakażeniem w okolicach nagminnie panującej ciężkiej zimnicy. Natomiast wpływa ona dodatnio co do zapobiegania ciężkim zakażeniom, częstości nawrotów i występowania czarnej gorączki.

Do celów leczniczych używano podobnie, jak i do zapobiegawczych, kołaczyków chlorku chininy po 0·25 gr., nadto wstrzykiwań chininy w połączeniu z etyluretanem, wreszcie neosalwarsanu i rozczynu Towlera. Pierwotnie powszechnie stosowany schemat, polegający na podawaniu wewnętrznem 1 grama chininy na 4—6 godzin przed napadem, został zupełnie zarzucony, a to z kilku powodów. Przedewszystkiem było niemożliwe oznaczyć dokładniej okres napadu tak ze względu na wielką ilość zakażeń mieszanych, jak też i dlatego, że przypadki zimnicy podzwrotnikowej, które w okresie letnim stanowiły większość, mają pod wpływem chininy zupełnie nieregularny przebieg gorączki. Przyjąwszy nawet możliwość oznaczenia czasu napadu w części przypadków, było wprost fizycznie niemożliwe stosować ten sposób przy wielkiej liczbie chorych. Poza tem nowsze badania (Celli, Grassi) okazały, że i mniejsze dawki chininy, częściej powtarzane, osiągają, dzięki zbiorowemu działaniu, ten sam skutek, co jednorazowe większe, a mają tę wyższość, że wskutek ich dłuższego działania nie jesteśmy zależni od czasu napadu; ważną okolicznością jest i to, że objawy podmiotowe są znacznie lżejsze, lub też brak ich zupełnie.

Na tej zasadzie opiera się powszechnie dzisiaj stosowany sposób podawania chininy według Nochta: Przez cały czas trwania gorączki i jeszcze sześć dni po ostatniem wzniesieniu gorączkowem podaje się 1 gram dziennie w 4 do 5 dawkach, poczem po jednodniowej przerwie następują po dwa dni chininowe (à 1 gr.), przedzielone przerwami coraz dłuższemi (2, 3, 4 i 5 dni). Potem jeszcze conajmniej przez miesiąc stosuje się po 1 gramie w dwu po sobie następujących dniach z 5-dniowemi przerwami, tak, że od chwili ostatniej gorączki chory jeszcze przez dwa miesiące zostaje pod wpływem chininy. To dłuższe podawanie chininy po ustąpieniu napadów ma na celu jak najdokładniejsze zniszczenie wszystkich pasorzytów, a więc jestto zapobieganie nawrotowi. Niektórzy, n. p. Plehn, żądają nawet, aby jeszcze przez sześć miesięcy od chwili ostatniego napadu stosować tę profilaktykę przeciwnawrotową. O ile w przebiegu tej profilaktyki wystąpi nowy napad, należy całe leczenie zacząć od początku. Oczywiście, że chory taki, o ile po odbyciu profilaktyki przeciwnawrotowej jest jeszcze wystawiony na możność ponownego zakażenia zimniczego, powinien dalej zapobiegawczo zażywać chininę.

Schemat Nochta został w Albanji nieco zmieniony ze względu na przeważającą liczbę ciężkich przypadków zimnicy złośliwej, wielką liczbę zakażeń mieszanych, jak również i na to, że nawet niepowikłana trzeciaczka miała przebieg przeważnie bardzo ciężki i uporczywy. Dlatego dzienną dawkę podniesiono w okresie gorączki do 2 gramów. Schemat wyglądał następująco: Podczas gorączki i przez 2 dni po jej ustąpieniu po 2 gramy chininy dziennie w 4—5 dawkach, następnie jeden dzień przerwy, po

[2]) Także szczury, bardzo rozpowszechnione w Albanji, niszczyły nocami siatki.

MINISTERSTWO SKARBU

OBWIESZCZENIE.

Na podstawie Ustawy z dnia 16 Lipca 1920 r. (Dz. U. N. 61 poz. 391) oraz rozporządzenia Rady Obrony Państwa ogłasza Ministerstwo Skarbu z dniem 1-ym Października 1920 roku sprzedaż 4% Państwowej Pożyczki Premjowej na następujących warunkach:

1. Obligacje pożyczki na okaziciela w odcinkach wyłącznie po 1000 marek polskich sprzedawane będą po kursie nominalnym (al pari) tylko za gotówkę.
2. Stopa procentowa wynosi 4 od sta. Kupony, wolne od podatków od kapitałów i rentowych, płatne są z dołu dnia 1 października każdego roku przez wszystkie oddziały Polskiej Krajowej Kasy Pożyczkowej, Pocztowej Kasy Oszczędności, Kasy Skarbowe oraz inne instytucje, upoważnione przez Ministerstwo Skarbu. Kuponami pożyczki można też płacić cła i podatki państwowe.
3. **W ciągu pierwszych dwudziestu lat, począwszy od 6 listopada 1920 r., w każdą sobotę wylosowywaną będzie jedna wygrana w kwocie miljona marek polskich płatna bez jakichkolwiek potrąceń przez oddziały Polskiej Krajowej Kasy Pożyczkowej.**
4. W ciągu następnych dwudziestu lat (1940—1960) pożyczka będzie spłacona po kursie nominalnym przez wylosowywanie obligacji łącznie z temi, na które padły wygrane.
5. Obligacje pożyczki mają wszelkie prawa papierów pupilarnych, będą przyjmowane w pełnej wartości nominalnej, jako wadja przy licytacjach, kaucje akcyzowe i celne, kaucje przy zawieraniu kontraktów ze Skarbem Państwa oraz kaucje, składane do depozytów wszelkich instytucyj rządowych w wypadkach, gdy prawo przewiduje składanie kaucyj pieniężnych.
6. Obligacje pożyczki będą przyjmowane na przechowanie bez opłaty przez Polską Krajową Kasę Pożyczkową i pocztową Kasę Oszczędności.
7. Po wprowadzeniu przyszłej waluty polskiej pożyczka przerachowywana będzie po kursie o 10% wyższym od kursu ustalonego dla wymiany znaków obiegowych.

Obligacje Pożyczki z 40-ma kuponami rocznymi są do nabycia we wszystkich kasach skarbowych, urzędach podatkowych, oddziałach Polskiej Krajowej Kasy Pożyczkowej, w kasach kolejowych i wogóle we wszystkich kasach urzędów państwowych i samorządowych, w bankach i we wszystkich upoważnionych miejscach sprzedaży.

którym przez tydzień stosowano po 1 gramie dziennie; następnie szły 2 dni przerwy i znowu 2 »dni chininowe«. Każda następna przerwa była o jeden dzień dłuższa, 2 dni chininowe zaś nie ulegały zmianie. Doszedłszy do przerwy 5-dniowej, należało pozostać przy niej jeszcze miesiąc, tak że i tutaj zapobieganie przeciwnawrotowe trwało dwa miesiące. Po upływie tego czasu należało przejść do zwykłej profilaktyki, o ile jeszcze trwało niebezpieczeństwo nowego zakażenia.

Mimo tego energicznego leczenia przebieg zimnicy był długi i uporczywy, a nawroty tak częste, że nie przypominam sobie ani jędnej krzywej gorączkowej wolnej od wzniesień nawrotowych. Wskutek tego trzeba było leczenie ciągle zaczynać na nowo. Dziwna rzecz, że olbrzymia większość chorych znosiła dobrze te wielkie ilości chininy.

Przy równoczesnej biegunce, zwłaszcza przy tak częstej w Albanji czerwonce, stosowano garbnikan chininy do 3 gr. dziennie.

Nadto wprowadzano do ustroju chininę w postaci wstrzykiwań, mianowicie w przypadkach, gdzie chorzy byli nieprzytomni, przy ciężkich zaburzeniach przewodu pokarmowego i wogóle przy uporczywym przebiegu. Używano do tego chlorku chininy w połączeniu z etyluretanem, przez co wessanie ulegało przyspieszeniu, a miejscowy odczyn tkanek był słabszy, niż przy stosowaniu samej chininy. Wstrzykiwano przeważnie śródżylnie, rzadziej śródmięśniowo; podskórnego wstrzykiwania zaniechano, gdyż zdarzały się przypadki martwicy skóry i tkanki podskórnej w miejscu wstrzyknięcia. Środek był gotowy w ampułkach w dawce silniejszej (1 gr. chininy + 0·5 gr. etyluretanu) i słabszej (0·5 gr. chininy + 0·25 gr. etyluretanu). Zwykłą dawką było pół grama, powtórzone ewentualnie tego samego dnia. Jak już wspomniałem, chininę w postaci wstrzykiwań stosowano tylko wyjątkowo, gdyż chorzy oddziaływali niekiedy na ten sposób podawania zapadem, kończącym się czasem i zejściem śmiertelnem.

Wreszcie ze środków działających na same pasorzyty używano jeszcze neosalwarsanu i rozczyn Fowlera. Neosalwarsan okazał się skuteczny, ale tylko przeciw trzeciaczce, i to przeważnie we wcześniejszych zakażeniach. Używano go więc przy złośliwym przebiegu trzeciaczki, gdzie chinina wywierała słaby skutek, jak i przy zakażeniach mieszanych. W przypadkach niepowikłanej zimnicy podzwrotnikowej nie okazywał neosalwarsan wybitniejszego działania. Zwykła dawka była 0·6 gr., powtórzona w miarę potrzeby po paru dniach. Rozczyn Fowlera stosowano w zwykły sposób równocześnie z chininą w cięższych przypadkach, przedewszystkiem trzeciaczki.

Chcąc ocenić wyniki leczenia zimnicy w Albanji, trzeba tak samo, jak i przy omawianiu zapobiegania, poruszyć pytanie, czy to leczenie było, względnie czy wogóle mogło być należycie przeprowadzone? Jak poprzednio, tak i tutaj trzeba odpowiedzieć: nie. Nie mam tu na myśli tych nielicznych chorych, którzy, zwłaszcza jeszcze w maju i czerwcu, mogli przez cały czas choroby być leczeni przy swoich oddziałach lub szpitalach, nie będąc skazani na ciągłą przymusową wędrówkę z jednego szpitala do drugiego. Chodzi tu o tę ogromną większość, która z powodu ruchów odwrotowych w czasie od lipca do października (1918) mogła być trzymana w szpitalach, z powodu ich przepełnienia, co najwyżej parę dni, bardzo często zaś nawet już w dniu swego przybycia musiała ustąpić miejsca nowym transportom chorych [3]). W takich warunkach nie mogło być mowy nietylko o dokładnem leczeniu, ale oczywiście ogromna liczba chorych wogóle nie mogła dostawać chininy i tak szedł szereg chorych ze szpitali frontowych do coraz dalszych, nie widząc często chininy. Nic dziwnego, że liczba zachorowań i zejść śmiertelnych była ogromna [4]). Oczywiście trudno tu komukolwiek czynić zarzuty, że zapobieganie i leczenie nie mogło być należycie przeprowadzone; złożył się na to szereg czynników, które sprawiły, że walka z zimnicą w Albanji, mimo racjonalnych i energicznych na ogół zarządzeń, została całkowicie przegrana.

Należy tu zwrócić uwagę jeszcze na jeden szczegół. Wskutek wspomnianego już niedokładnego swoistego zapobiegania i leczenia, należało oczekiwać częstego pojawiania się przypadków »czarnej gorączki« (febris biliosa haemoglobinurica); jednakże wśród tysięcy chorych na zimnicę, ani sam tej postaci nie widziałem, ani też nie słyszałem o jej pojawianiu się od innych lekarzy. Jeżeli się zważy, że nawet jakiś przypadek został przeoczony z powodu nawału chorych, względnie że uszły uwadze lżejsze przypadki, to w każdym razie trzeba podnieść zupełny brak lub bardzo wielką rzadkość przypadków z pełnemi objawami. Spostrzeżenie to dowodzi, że jakkolwiek na ogół częstość czarnej gorączki idzie w parze z rozszerzaniem się i częstością zimnicy, to jednak choroba ta okazuje niekiedy zupełną niezależność od częstości zimnicy w danym obszarze, od jadowitości pasorzytów zimniczych i od klimatu. Podobne spostrzeżenia skłoniły nawet niektórych autorów (Manson, Leishman) do przyjęcia odrębnej jednostki chorobowej t. j. właściwej czarnej

---

[3]) Dla ilustracji tych stosunków podaję obraz, jaki panował na jednym z moich oddziałów w Durazzo. Stare koszary tureckie mieściły 160 łóżek, w okresie zaś zimnicy musiały dawać schronienie 400—500 chorym; leżeli oni dosłownie wszędzie, nawet w piwnicy. Wskutek takiego samego przepełnienia i innych oddziałów ogromna liczba chorych musiała leżeć dniem i nocą pod gołem niebem i w kurzu ulicznym.

[4]) Dość powiedzieć, że dwa szpitale w Durazzo, które otrzymywały chorych co prawda prawie z całej południowej Albanji, odsyłały w okresie letnim tygodniowo okrętami szpitalnymi kilka tysięcy chorych na zimnicę, nie licząc mnogich transportów lądowych i przypadków śmierci, dochodzących do 20 dziennie.

gorączki (black water fever) w przeciwieństwie do czarnej gorączki rozwijającej się na tle zakażenia zimniczego.

Na zakończenie chciałbym poruszyć jeszcze jeden szczegół, mający dla nas praktyczne znaczenie. Wojska austrjackie, okupujące Albanję, były złożone prawie wyłącznie, i to zapewne celowo, ze Słowian, wśród których Polacy stanowili poważny odsetek. Przeważna ich część zabrała do kraju na pamiątkę pobytu w Albanji pasorzyty zimnicze; mamy więc teraz u siebie, a chodzi tu właściwie o Małopolskę, szereg roznosicieli pasorzytów zimniczych. Ponieważ w Polsce jest pełno miejscowości, gdzie znajdują się widlisze, więc zachodzi niebezpieczeństwo powstawania nowych przypadków zimnicy, i to także zimnicy podzwrotnikowej, której pasorzyty znajdą w miesiącach letnich dobre warunki rozwojowe. By temu zapobiedz, należałoby w miejscowościach, gdzie przebywają widlisze, poddać wszystkie osoby, które były na frontach południowych i zwłaszcza mają obrzęk śledziony, mikroskopowemu badaniu krwi co do pasorzytów zimniczych. Badanie to możnaby ułatwić przez »zmobilizowanie« pasorzytów, to znaczy wywołując przejście ich do krwi obwodowej przez wstrzyknięcie adrenaliny, lub, co sprawia jednak więcej zachodu, mleka, względnie surowicy końskiej. W razie dodatniego wyniku należałoby »roznosicieli« poddać energicznemu leczeniu. Inicjatywa musiałaby wyjść oczywiście od czynników lekarsko-rządowych.

Piśmiennictwo bieżące.

Dermatologja.

R. Ledermann: **O dermatoterapeutycznych przetworach zastępczych.** (Derm. Zeitschr. XXVIII, 2). Brak surowca uniemożliwił wytwarzanie pewnych środków leczniczych, dlatego zwrócono się w Niemczech ku wyrobom, nie tyle może zastępczym, ale raczej uzupełniającym dotychczasowe środki lecznicze. Zamiast francuskich przetworów arsenu (kakodylanu) wprowadzono solarson (1% heptinochloroarsenowy siarczan amonu) i elarson (siarczan chloroarsenobenzolowy strontu zawartości 13% As). Wody Levico i Roncegno zastępowano wodami mineralnemi z Val sinestra w Szwajcarji lub z Dürkheim. Dla leczenia kiły, szczególniej układu nerwowego polecano arsenohyrgol (Heyden-Radebeul), modenal i hysal, zastępujące francuski enesol. Preparaty drożdżowe zastępują w zupełności sztuczne wytwory, jak cerolin, furunculin i biozyme, tran rybi-syrup jodowożelazowy lub t. zw. proszek przeciwkrzywiczy (calc. carb. + phosph. + lacticum). Jako środek łagodzący swędzenie, poleca L. wewnętrznie chloran wapniowy lub mleczan wapniowy (pruritus, urticaria chr.). W leczeniu »parapsoriasis« okazała się doskonałą, wprowadzona przez Herxheimera pilocarpina. Z braku siarki (sol. Vlemings, tropinol) poleca L. dodawać do kąpieli nadmanganian potasu i sublimat (furunculosis, pyodermia). Octan glinowy zastępuje ornicet (mrówczan glinu), mallebrem (25% rozczyn aluminium chloricum liquid.), moronal (siarczan formaldehydu glinu), acetoform (aluminium aceticum citricum + hexamethylentetr.). W miejsce alsolu (aluminium aceticum tartaricum) poleca L. novalson (preparat mrówczanowy). Przetwory w postaci stałej, jak perhydrit, ortizon, zastępuje płynną wodą utlenioną. Brak pudrów roślinnych zmusza do zastępowania ich mineralnemi (jak talcum, calcium i magnesium carbonicum, terra silicea, bolus alba). Najtrudniej zastąpić niedrażniące oleje i tłuszcze (ol. olivae, ol. lini, amygdalarum i t. d.), nie można otrzymać również i dobrej płynnej parafiny. Dadzą się one jednak zastąpić preparatami, wyrabianemi przez aptekarzy, jak wasogenem, wasolimentem, wasenolem (v. liquidum). W leczeniu świerzbu stosuje autor perol (peruscabin + czysty ol. vasel.) i ristin (ester glykolowy kwasu monobędźwinowego). Najtrudniej jednak zastąpić podłoże do maści. Brak zupełnie dobrej waseliny, a obecnie znajdująca się w handlu, nieoczyszczona, działa szkodliwie drażniąco na skórę, wywołując cały szereg wyodrębnionych już dziś postaci chorobowych. Syntetycznie zdołano wytworzyć przetwór zastępczy laneps (otrzymany przez kondensację węglowodanów z dodatkiem parafiny i wosku) i lovan, połączenie tłuszczów mineralnych z organicznemi. Przetwory te, podobne do lanoliny, zastępują doskonale waselinę, nie drażniąc skóry. Do wytwarzania maści beztłuszczowych poleca Kromayer odwar z karragenu. Brak gliceryny odczuwa się przedewszystkiem przy sporządzaniu mieszanek do wcierania (linimenta), używanych w przypadkach, w których skóra nie znosi tłuszczu lub gdy chcemy usunąć niemiłe działanie maści. Z przetworów zastępczych stosuje się najchętniej perkaglicerynę i pergliceryne Neuberga, dalej glykol i tegoglykol. Unna poleca w miejsce gliceryny syrup cukrowy i chloran wapniowy. Meirowsky sporządził przetwór mollphorus, zawierający cukier trzcinowy i inwertynowy, bardzo tani (1 kg. = 60 fen.). Fabryka Cassella w Frankfurcie puściła w obieg preparat zastępczy glycinal (skład chemiczny trzymany jest w tajemnicy), a wypróbowany przez Herxheimera i Natana. Plastrów kauczukowych (przylepców) nie można niczem zastąpić. Zamiast benzyny poleca L. tetrachlor. Chysarobinę zastępuje agnoliną w pastach 0·25—0·5% (oxyantiasol). W celach leczniczych stosujemy obecnie bardzo chętnie szczepionki leukogen, opsonogen (zakażenia gronkowcowe), antigon, gonargina (sprawy wiewiórowe), trichin, trichophytin (trichophytia). Doc. Dr F. Walter.

Brocq. **Rozważania praktyczne o promieniolecznictwie.** (Annal. de derm. et de syph. T. VI. 1916—17). Autor na wstępie wyraża obawę, iż zbyt pochopne i za mało krytyczne stosowanie w lecznictwie promieni X i radu może spowodować, że te środki mogą wyjść z użycia. Większość bardzo ciężkich, późno występujących zapaleń skóry po stosowaniu promieni X i radu, spostrzeganych w ciągu ostatnich 12 lat, była skutkiem nieumiejętnego stosowania promieni. Wielki postęp osiągnięto przez stosowanie sączenia promieni przez sączki aluminiowe. Aby uniknąć wielkich przykrości, należy promienie stosować tam tylko, gdy wszystko inne zawodzi, nie naświetlać jednego miejsca kilkakrotnie, stosować sączki aluminiowe, uświadomić chorego o możebnych następstwach. Zastrzegając się z góry, że dziś stosowanie promieni w celu zabicia drobnoustrojów i pasorzytów nie wytrzymuje krytyki, przechodzi B. do rozpatrzenia stosowania promieni w leczeniu poszczególnych spraw chorobowych. Sprawy, wywołane na skórze owłosionej przez grzyb strzygący i drobnozarodnikowy, mają w promieniach X czynnik ogromnie pomocniczy w usunięciu włosów. Większe ma znaczenie stosowanie promieni X przy sprawach, wywołanych grzybem woszczynowym, ale tylko jako pierwszy i niedostateczny dla wyleczenia środek; konieczne jest późniejsze dodatkowe usuwanie odrastających włosów i miejscowe stosowanie środków leczniczych. W rozmaitych postaciach wypadania włosów stosowanie promieni nie jest uzasadnione. Przy trądzie wyniki są bardzo rozmaite, lecz o ile chodzi o zmiany bardzo daleko posunięte i gdy wszystko inne zawodzi, można po uświadomieniu chorego próbować stosować promienie. W toczniu wyłączne stosowanie promieni X, które ani na prątek Kocha, ani na guzek nie mają działania wybiórczego, pociąga za sobą powstawanie bardzo nieładnych blizn, popstrzonych licznemi rozszerzonemi naczyńkami, a więc wskazane jest chyba w miejscach przykrytych. Natomiast miał B. dobre wyniki po stosowaniu raz na 2—3 tygodnie po nacinaniu naświetlania w dawce 4—5 H. przez sączek 1 mm; naświetlania powtarzał 4—5 razy. W liszaju rumieniowym dają promienie X, stosowane umiarkowanie i ostrożnie, dobre wyniki. (Ważna uwaga: Cechą tego liszaja są drobne, rozszerzone naczynia włosowate; skutkiem naświetlania mogą pojawiać się również takie naczynia: uważać, aby nie pogarszać sprawy zasadniczej zbyt wytrwałem usuwaniem tego objawu). Przy figówce (sycosis), o ile uzna się za konieczne usunięcie włosów, zastosowanie promieni X jest wskazane, ale raz tylko. W trądziku (acne) w celu osiągnięcia wyników konieczne jest wywołanie zmian w żywotności gruczołów łojowych, do czego potrzeba wielokrotnie stosować promienie X; ponieważ to bezwarunkowo wywoła w najlepszym razie pojawienie się rozszerzonych naczyń, a więc promienie X są tu przeciwwskazane. Tem mniej uzasadnione jest stosowanie promieni przy wykwitach guzkowo-krostkowych twarzy na tle zaburzeń przewodu pokarmowego, narządów płciowych, krążenia, układu nerwowego. Brodawki pod wpływem promieni X bezwarunkowo znikają, ale przy tej sprawie widział B. największą ilość ciężkich zapaleń skóry. Swędzenie odbytu, sromu, moszny (ochronić jądra!) przy zastosowaniu promieni X ustępuje, lecz w razie nawrotu nie wolno powtarzać naświetlania. W t. zw. »neurodermitis chr. circumscripta (pruritus circumscriptus c. lichenificatione)« na razie swędzenie ustępuje, lecz niebawem nawraca; w razie następowych naświetlań fatalne zapalenia i owrzodzenia skóry. W wyprysku (eczema) uważa B. naświetlanie za nie wskazane. W łuszczycy stosowanie promieni X jest przeciwwskazane. Istotą łuszczycy jest zajęcie całego naskórka i powierzchownych warstw skóry. Działanie lecznicze musiałoby polegać na zmianie właściwości tych warstw, co można byłoby osiągnąć chyba bardzo licznemi naświetlaniami, które są niedopuszczalne. Co do twardziny skóry niema B. osobistego doświadczenia, ale wiedząc teoretycznie, iż żywotność tkanek w tej sprawie jest upośledzona, nie radzi stosować promieni X. W nadmiernem owłosieniu, łojotoku i nadmiernem poceniu się można promieni X

użyć tylko wyjątkowo, w przypadkach beznadziejnych. W znamionach (naevi) naświetlanie radem daje dobre wyniki. Wobec bliznowców promienie X i radu dają dobre wyniki, ale B. już miał sposobność spostrzegać bardzo późne i ciężkie zapalenia skóry. Dlatego można naświetlanie stosować, jako środek pomocniczy przy miesieniu, nacinaniach, elektrolizie, świetle Finsena, gorącem powietrzu i t. d. W ziarniniaku grzybiastym (cz. grzybicy guzowatej) widywał B. szybkie znikanie guzów i wygojenie owrzodzeń pod wpływem promieni X, ale przestrzega przed wielokrotnem powtarzaniem naświetlań. Przy rakach lepiej wywołać ostre zapalenie skóry, niż pozwolić rakowi rozwijać się. Przy powierzchownych rakach zaleca B. energiczne usunięcie chirurgiczne z następowem zastosowaniem wysokich dawek promieni X. Przy pooperacyjnych głębokich nawrotach raka zaleca B. naświetlania bez nadziei wyleczenia, lecz dla zmniejszenia bólu, aby osiągnąć chwilowe polepszenie, dać choremu nadzieję i trochę spokoju. Roszkowski.

Dubreuilh: **O promienioleczni ctwie w chorobach skóry**. (Przyczynek do pracy Brocqa). (Ann. de derm. T. VI. 1917). D. zaznacza rozbieżność zdania specjalistów rentgenologów, którzy uważają wszystkie choroby skóry za nadające się do leczenia promieniami i zdania dermatologów, który zakres ten bardzo zwężają. Zdaniem D. nie wolno leczyć promieniami bez udziału klinicysty. Co do dawek, to zaleca wysokie 10—12 do 30 jednostek Holzknechta, ale tylko jednorazowo zastosowane. Działanie jest pewniejsze, łatwiejsze obliczanie dawek, bez porównania mniej powikłań. Roszkowski.

A. Azemar: **Studjum kliniczno-fizjologiczne nad stosowaniem wlewań nowarsenobenzolu do odbytnicy**. (Ann. de derm. et syph. 1918—19, XVII). Od 1912 r. zaczęto szeroko stosować wlewania arsenobenzolu do odbytnicy. Autor zastosował na klinice prof. Andry w Tuluzie ten sposób u 36 chorych. Po całodziennej diecie, wieczorem, na parę godzin przed wlewaniem leczniczem, daje się lawatywę z 2—3 litrów wody. W lekko ogrzanym fizjologicznym rozczynie soli w 10—20 cm^3 rozpuszcza się dawkę i dodaje się kilka (10—15) kropli nalewki makowca, która, jak doświadczalnie stwierdzono, zupełnie nie zmienia rozczynu. Przez wygotowany cewnik Nelatona wstrzykuje się rozczyn ze zwyczajnej strzykawki do odbytnicy, uważając, aby nie wprowadzać powietrza. Najlepiej stosować zabieg około 7 wieczór, aby chory nie wstawał już z łóżka. Dawki duże: 0·9—1·2 (u dzieci 0·3—0·75) co 6 dni; naogół 5—6 wlewań. W przeważnej części przypadków wyniki były zupełnie dobre, zmiany ustępowały, O. W. stawał się ujemny. W jednym przypadku nie nastąpiło wcale polepszenie, w jednym chory nie znosił wlewań, w 2 wessanie nie następowało wcale. W każdym przypadku badano wydzielanie się arsenu w moczu sposobem Bougaulta (jakościowo) i Denigesa (ilościowo). Wyniki: Wydzielanie rozpoczyna się w 2 godziny po wlewaniu, zwiększa się do 3. dnia i opada powoli do 5—6. dnia. Gdy krzywa opadała prędko, przełomowo, na 3—4 dzień — wynik leczniczy był ujemny. Gdy krzywa opadała zwolna, do 7. dnia, wyniki były dobre. Wydzielanie było bardzo różne, nietylko zależnie od osobnika, ale u tego samego osobnika bardzo się wahało. Ilość wydzielana pozostawała w stosunku do ilości podanej, dlatego zaleca A. wysokie dawki. Dla porównania badał A. wydzielanie arsenu przy podawaniu dożylnem. Wyniki: wydzielanie rozpoczyna się w 1 godzinę po wlewaniu, do 3 dni krzywa się podnosi, opadając do dni 15. Ostatecznie dochodzi A. do wniosku, że stosowanie nowarsenobenzolu przez odbytnicę jest b. łatwe, mało niebezpieczne, że daje wyniki zadawalniające, lecz mniej efektowne, nie tak stałe, krócej trwające, niż po stosowaniu dożylnem. Dlatego też stosowanie przez odbytnicę nie może w zupełności zastąpić wlewań dożylnych. Roszkowski.

Boas H.: **Badania wiewióra odbytnicy u kobiet**. (Dermatol. Woch. 1920, 4). Sprawą wiewióra odbytnicy u kobiet zajmowano się dotąd niewiele, a wyniki badań były sprzeczne tak co do częstości występowania tej sprawy chorobowej, jak i jej nasilenia i długości przebiegu. Boas badał przez okres $2^1/_2$-letni wszystkie kobiety chore na wiewióra narządów płciowych, leczące się w szpitalu Frederiksberg. Na 88 przypadków badanych znalazł niewątpliwego wiewióra odbytnicy w 14 przypadkach (16%). W 10 z tych przypadków stwierdzono wiewióra nietylko mikroskopowo ale i hodowlą na agarze. Objawy kliniczne były na ogół mało zaznaczone. Tylko jedna chora skarżyła się na ból w czasie oddawania stolca. Znaleziono u niej w stolcu sporą domieszkę krwi. W 3 przypadkach była skóra w okolicy odbytu zaczerwieniona i zaogniona. W 11 przypadkach znaleziono w stolcach (badanych codziennie) domieszkę śluzu i ropy. W 2 przypadkach mimo obecności w odbytnicy dwoinek wiewiórowych nie było innych objawów. Przy rektoskopji znajdowano lekkie nastrzykanie i zaczerwienienie śluzówki do wysokości 6—8 cm. Czasami śluzówka była pokryta grubą warstwą śluzu. Owrzodzeń nie widział Boas nigdy. Z powikłań spostrzeżono raz około odbytu ropień, który nacięto. W ropie znaleziono dwoinki wiewiórowe, które utrzymywały się w jamie ropnia 2 tygodnie. Przebieg przeważnie bardzo szybki i łagodny. W 10 przypadkach dwoinki wiewiórowe i objawy kliniczne znikły w 2—4 tygodni. W 4 pozostałych przypadkach dwoinki i objawy utrzymywały się $2^1/_4$, $2^1/_2$ i 4 miesiące, jednakże ustąpiły wreszcie bez nawrotu. Rozpoznanie powinno być ustalone dopiero po dodatnim wyniku barwienia sposobem Grama. Rokowanie dobre. Leczenie: przepłukiwanie 2 razy dziennie ciepłym (40°) rozczynem nadmanganianu potasu (1:3000) stopniowo po $^1/_4$ litra i pozostawianie płynu tego w odbytnicy przez 5 minut (4 razy z rzędu, razem 1 litr i 20 minut) i założenie następowe czopków z ichtyolem. W bardzo uporczywych przypadkach 2% protargol. Zapobieganie: przy wiewiórze narządów płciowych przykrywać zawsze wejście do pochwy watą, napojoną rozczynem lapisu. Dr Tadeusz Pawlas.

Hecht: **Reinfectio syphilitica**. (Derm. Zeitschr. XXVIII. 4). R. Müller powątpiewa o możności łatwego powtórnego zakażenia się kiłą, a co za tem idzie, udałego leczenia poronnego we wczesnych okresach kiły. Wszystkie ogłoszone przypadki ponownego zakażenia uważa Müller przeważnie za nawroty drugorzędne. Hecht sprzeciwia się poglądom Müllera, a przedewszystkiem jego żądaniu, aby za prawdziwą, powtórnie występującą zmianę pierwotną uważać tylko taką, która nie leży w zakresie dróg naczyń chłonnych pierwszej zmiany. Najwięcej owrzodzeń sadowi się na $^1/_3$ dolnej powierzchni prącia i na wędzidełku. H. przytacza dane anatomiczne co do rozmieszczenia dróg chłonnych na prąciu; nie można sobie wyobrazić, spoglądając na rysunki anatomiczne naczyń chłonnych prącia, aby blizna, pozostała po pierwszej zmianie pierwotnej, nie leżała w zakresie dróg chłonnych miejsca, w którem usadowiła się powtórna zmiana. Również pozostawanie krętka bladego przez długi czas w bliźnie po wyleczonej zmianie pierwotnej nie jest dostatecznie zbadane. Sam H. miał sposobność badać blizny po zmianach pierwotnych w 6 przypadkach, a nigdy nie mógł znaleźć krętka bladego. Sądzi więc H., że możemy dziś już przyjąć możliwość powstawania wtórnego zakażenia kiłą, mając już pewne na to dowody, jak nasilenie leczenia, okres czasu, jaki upływa między pierwszem a wtórnem zakażeniem kiłowem; żądanie Müllera co do siedziby drugiej zmiany pierwotnej nie da się dostatecznie uzasadnić. Doc. Dr F. Walter.

Kolle i Ritz: **Samorodne przeniesienie kiły u królików**. (Derm. Zeitschr. XXVII. 6). Autorom udało się otrzymać po raz pierwszy zakażenie kiłą u królika na drodze płciowej, przez zamknięcie w klatce zdrowego samca z chorą samicą i chorej samicy ze zdrowym samcem. Doc. Dr F. Walter.

Eicke: **Czas, w którym występuje odczyn Wassermanna w zmianie pierwotnej i zależność jego od siedziby zmiany**. (Derm. Zeitschr XXVII. 6). Sprawa czasu, w którym pojawia się po raz pierwszy dodatni odczyn Wassermanna u osobnika kiłowego, nie jest jeszcze dokładnie wyjaśnioną, a dane statystyczne różnią się nieraz bardzo znacznie od siebie. Autor przeprowadził badanie odczynu Wassermanna w 1200 przypadkach zmiany pierwotnej; w 605 przypadkach dało się ustalić czas zakażenia ze ścisłością 8 dni, a w 77 przypadkach stwierdzono jedno jedyne spółkowanie i to po dłuższej abstynencji płciowej. W tych przypadkach czas zakażenia dał się z wielką ścisłością oznaczyć. Autor przekonał się, że szybkość występowania odczynu Wassermanna zawisła w wysokim stopniu od siedziby zmiany pierwotnej. Uzasadnienie tego zjawiska polega na anatomicznej budowie, właściwości tkanek i zaopatrzeniu ich w drogi krwionośne i chłonne; drogi chłonne mają największe znaczenie. Najszybciej występuje dodatni odczyn Wassermanna w przypadkach zmiany pierwotnej na wędzidełku, bo już w 3—4 tygodni, a w 5 lub 6 już prawie stale (85%). Warunki anatomiczne, jak bogactwo naczyń, są tu szczególnie dobre. Przy zmianie usadowionej na żołędzi i na blaszce wewnętrznej napletka pojawia się odczyn dopiero po upływie 3 tygodni. Przy pojawianiu się dodatniego odczynu niezmiernie ważną rolę odgrywa stopień zajęcia gruczołów chłonnych pachwinowych, jak również nasilenie dodatniego wyniku odczynu Wassermanna zależy od wielkości gruczołów chłonnych. Doc. Dr F. Walter.

Słuczewski: **Leczenie chorób skórnych zapomocą thorium X (Doramand)**. (Derm. Zeitschr. XXVIII. 4). Thorium X odkryli w 1902 r. Rutheford i Loddy. Jest ono produktem rozpadowym toru. Rozpad thorium X jest bardzo szybki, wsku-

tek czego efekt biologiczny trwa przez krótki okres czasu. Działanie thorium X jest nieregularne, po $5^{1}/_{2}$ dniach zmniejsza się do połowy. Towarzystwo Auerowskie wprowadziło do leczenia thorium X pod nazwą doramandu w postaci wstrzykiwań, wody do picia, a także jako maść. Autor stosował maść doramandową w szeregu cierpień skórnych, z początku zawsze świeżo sporządzaną, później jednak posługiwał się już gotową fabryczną. Do celów praktycznych okazały się najlepsze koncentracje rozczynów o 1000 J. E. St. Rzadziej używał S. koncentracji silniejszej lub słabszej. Dla działania dłuższego zakładano szczelny opatrunek z maścią, na dłuższy okres czasu. Dogodniejsze okazały się sposoby krótszego, lecz w częstych odstępach czasu powtarzanego stosowania doramandu, — przy działaniu bowiem przez dłuższy czas powstawały odczyny skórne. Wyniki lecznicze uzyskał S. bardzo dobre w przypadkach łuszczycy (80% wyleczonych przypadków), dobre wyniki były w pityriasis capitis, seorrhoea capitis, pityriasis rosea, acne rosacea, lichen ruber. Doramand okazał się środkiem nietylko dogodnym, ale rozszerza on zakres działalności leczenia światłem. Szczególniej do leczenia nadają się ogniska chorobowe, niekorzystnie usadowione z utrudnionym dostępem (ucho, nos, powieki, okolica odbytu i t. d.). Silnych odczynów skórnych można uniknąć przez stosowanie mniejszych dawek, jednak stale tak, że można choremu dać do ręki maść, którą sam sobie stosuje. Doc. Dr F. Walter.

Wiadomości bieżące.

Z Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. Posiedzenia Towarzystwa rozpoczęły się po ferjach 22. września. — Zarząd biblioteki Towarzystwa lekarskiego krakowskiego dziękuje kol. Dr Hufnaglowi z Paryża za dzieła ofiarowane bibljotece Towarzystwa.

Polska Akademja Umiejętności otrzymała zapis ś. p. Pawła Tyszkowskiego na »popieranie polskiego piśmiennictwa i wynalazków w zakresie nauk przyrodniczych i lekarskich ze szczególnem uwzględnieniem prac, badań i wynalazków, dotyczących raka i chorób wenerycznych«. Zapisany Akademji majątek składa się z kilkunastu folwarków w Małopolsce. Jestto pierwszy w Polsce tak znaczny zapis, przeznaczony wyraźnie na popieranie nauk lekarskich.

Choroby zakaźne w Krakowie od 22. VIII. do 18. IX. 1920: dur plamisty zachor. 26, † (zmarło) 4, brzuszny 49 † 7, powrotny 8, czerwonka 386 † 100, płonica 59 † 2, błonica 8 † 3.

Przybory lekarskie, odczynniki i t. p., nie wytwarzane jeszcze w kraju, w ostatnich czasach było nieraz bardzo trudno dostać, a drożyzna ich była nadzwyczaj wielka. Jedną z przyczyn tego był brak polskich dużych przedsiębiorstw handlowych w tym dziale. Obecnie powstała w Krakowie spółka udziałowa, która sfinansowała dużym kapitałem firmę Drobnera i popierać będzie przemysł krajowy. Do spółki należy kilka banków i powstała dawniej spółka »Medicum«, z której ramienia wszedł do Rady nadzorczej nowej spółki prof. Dr W. Łepkowski.

Zmarli: W Paryżu słynny urolog prof. Guyon w 90 r. ż., w Berlinie patolog prof. Hansemann w 62 r. ż.

Dr Bolesław Lach, b. legionista I bryg.. burmistrz m. Sieniawy, prezes Organ. narod. w 32 r. ż. w Sieniawie z duru plamistego; Dr I. Lickendorf w Busku; Dr Jan Ziembicki, lek.-pułkownik, w 55 r. ż. w Krakowie.

Bibliografia.

Jahreskurse für ärztliche Fortbildung in 12 Monatsheften. Monachium (J. F. Lehmann). Wrzesień 1920. (Cena 5 M. n.). Zeszyt ten zawiera sprawozdania z postępów medycyny i higieny społecznej, pióra Dr Koelscha (o zatruciach i szkodliwem działaniu pyłu), prof. Puppego i doc. Müller-Hessa (medycyna sądowa), Hanauera (sprawa ubezpieczeń), oraz Sudhoffa z zakresu historji medycyny.

Odpowiedzialny redaktor
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

MINISTERSTWO
ZDROWIA PUBLICZNEGO. 257

Warszawa, dnia 3. września 1920 r.

Nr. XIII. $\frac{29736}{0265}$/20.

OGŁOSZENIE KONKURSU

Ministerstwo Zdrowia Publicznego ogłasza konkurs na posadę prymarjusza oddziału chorób wenerycznych i skórnych (kobiecego) szpitala powszechnego we Lwowie.

Do posady tej przywiązane są pobory IX stopnia służbowego urzędników Państwowych, uregulowane ustawą z dnia 13. VII. r. b. Dz. Ustaw Nr 65 poz. 429.

Ubiegający się o powyższą posadę winni wykazać, iż:

1) są obywatelami Państwa Polskiego,

2) posiadają prawo praktyki lekarskiej w Państwie Polskiem,

3) są specjalistami w dziedzinie chorób skórnych i wenerycznych, w tym celu winni kandydaci przedłożyć swoje prace naukowe.

Termin konkursu oznacza Ministerstwo na dzień 15. X. 1920 r.

Podania należycie udokumentowane należy wnosić w tym terminie na ręce Pana Dyrektora szpitala powszechnego we Lwowie.

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.